

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 novembre 1892, à 1 heure

Par GUSTAVE BLAIRE

Né à Aubigny-en-Artois (Pas-de-Calais), le 25 octobre 1867.

ÉTUDE SUR L'ABLATION
DES FIBROMES UTÉRINS
PAR LA VOIE VAGINALE
MORCELLEMENT ET ÉNUCLÉATION

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { JOFFROY, professeur.
 { TUFFIER, DELBET, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, RUE RACINE, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

9

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 novembre 1892, à 1 heure

Par GUSTAVE BLAIRE

Né à Aubigny-en-Artois (Pas-de-Calais), le 25 octobre 1867.

ÉTUDE SUR L'ABLATION
DES FIBROMES UTÉRINS
PAR LA VOIE VAGINALE
MORCELLEMENT ET ÉNUCLÉATION



Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } JOFFROY, professeur.
 { TUFFIER, DELBET, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, RUE RACINE, 15

1892

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	TILLAUX.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	ÉBILLEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR HANOT

Professeur agrégé de la Faculté de médecine.
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR WALTHER

Chirurgien des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Ancien président de la Société de chirurgie
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

ÉTUDE SUR L'ABLATION

DES FIBROMES UTÉRINS

PAR LA VOIE VAGINALE

Morcellement et énucléation

AVANT-PROPOS

L'histoire des fibromes utérins n'est plus à faire. On la trouve dans tous les traités de gynécologie, et de nombreuses publications se sont occupées de cette partie si importante de la pathologie. Ces mêmes ouvrages parlent des différentes méthodes mises en usage pour le traitement des fibromes de l'utérus. Cependant il nous a paru intéressant d'étudier l'une de ces méthodes en particulier. Nous voulons parler de l'ablation des fibromes par la voie vaginale.

D'importantes discussions se sont élevées récemment entre les partisans de la voie abdominale et leurs adversaires. Parmi ces derniers, MM. Reclus et Segond ont

clairement démontré que, dans de nombreuses circonstances, la voie vaginale présente de sérieux avantages sur la laparotomie pour le traitement des affections utérines. Ces discussions n'avaient pas spécialement pour objet les opérations sur les fibromes utérins ; toutefois elles se rattachent directement à cette question et augmentent ainsi l'intérêt de l'étude que nous entreprenons.

Ce sujet nous a été inspiré par M. Walther, chirurgien des hôpitaux, à qui nous devons également quelques observations que l'on trouvera rapportées plus loin dans le cours de notre thèse. Nous le prions d'agréer l'expression de notre vive gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a fourni les renseignements qui nous étaient nécessaires.

Que M. le professeur Tillaux daigne recevoir ici nos remerciements respectueux et reconnaissants pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION. — APERÇU HISTORIQUE

Les corps fibreux de l'utérus sont des tumeurs qu'on peut appeler bénignes, si l'on donne à ce qualificatif son interprétation rigoureuse. Ils ne sont pas, en effet, susceptibles de se généraliser et d'infecter l'économie. Le plus grand nombre passent même complètement inaperçus, et il arrive fréquemment qu'on rencontre, dans le cours d'une autopsie, des fibromes parfois volumineux, qui n'avaient jamais déterminé le moindre accident, ni le plus léger malaise chez les femmes qui les portaient.

Cependant certaines de ces tumeurs présentent une réelle gravité, et peuvent même à la longue, par les troubles divers qu'elles occasionnent, par les écoulements leucorrhéïques ou hémorrhagiques qui les accompagnent, déterminer la mort des malheureuses femmes chez qui on les rencontre. D'autre part, comme le fibrome utérin est une affection excessivement fréquente, puisqu'on le rencontrerait chez un cinquième des femmes ayant dépassé trente-cinq ans (Bayle), il n'est pas surprenant qu'on se trouve assez souvent en présence de cas dans lesquels cette maladie peut être considérée comme grave et nécessitant une intervention active.

Suivant les rapports qu'ils affectent avec l'utérus, on a pu diviser les fibromes en plusieurs catégories. Voici la classification ordinaire.

et le zèle qu'il mit à la défendre, rendit sienne l'opération imaginée par Velpeau. Elle fut répétée plusieurs fois dans la suite, en particulier par L. Boyer, A. Bérard, Maisonneuve, Lisfranc, et jouit en France d'une vogue toute momentanée. En effet, de nombreuses et funestes déceptions vinrent bientôt ralentir l'ardeur de ses partisans et la faire abandonner.

Mais, tandis que l'énucléation tombait dans le discrédit en France, elle se répandait à l'étranger. En Amérique, Atlee propageait ce moyen « de guérir des tumeurs considérées jusqu'ici comme au-dessus des ressources de l'art. » De même en Angleterre et en Allemagne, les chirurgiens pratiquaient l'énucléation.

L'antisepsie, venant encourager la hardiesse des chirurgiens, leur permit d'utiliser la voie abdominale pour le traitement des utérus affectés de fibromes. Pour cela, ils pratiquent, tantôt l'hystérotomie, tantôt l'hystérectomie, ou bien encore l'oophorectomie. Mais les opérations, pratiquées par cette voie sur l'utérus ou ses annexes, donnaient, malgré les soins minutieux dont s'entouraient les chirurgiens, une statistique peu favorable.

C'est alors que M. Péan retourna en quelque sorte en arrière, et songea à utiliser de nouveau la voie vaginale, mais en visant particulièrement les tumeurs fibreuses de petit et de moyen volume, par conséquent, les tumeurs à leur début. Les essais furent aussi heureux qu'il était permis de l'espérer, et, dès 1883, M. Péan put présenter à l'Académie de Médecine une étude sur l'ablation des petites tumeurs de l'utérus par la voie vaginale. Cette opération s'est de nouveau répandue en France, et elle

continue à donner des résultats très satisfaisants. Nous devons la considérer comme une opération heureuse, supérieure même aux interventions par la voie abdominale qui l'avaient remplacée, puisqu'elle guérit la femme et lui conserve son rôle dans la société.

MANUEL OPÉRATOIRE.

L'ablation des fibromes utérins par la voie vaginale comprend plusieurs sortes d'opérations. Nous verrons plus loin les indications qui font préférer l'une ou l'autre de ces opérations pour chaque cas particulier. Pour le moment nous allons décrire le manuel opératoire, en nous étendant surtout sur les deux procédés qui font plus spécialement l'objet de notre travail : le morcellement et l'énucléation.

Nous n'avons pas, en effet, l'intention de nous arrêter longtemps sur l'ablation des fibromes intra-utérins pédiculés, et nous nous contenterons à ce sujet de dire qu'on les enlève, soit par simple torsion du pédicule, lorsque celui-ci est assez étroit, soit par section de ce pédicule avec les instruments tranchants ou l'écraseur de Chassaignac, ou encore avec un fil placé sur ce pédicule à l'aide d'appareils spéciaux dont l'un des plus remarquables, celui de M. Lucien Boyer, se trouve décrit avec de nombreux détails dans la thèse de doctorat de M. Ansaloni. On peut également utiliser l'anse galvanique pour pratiquer la section du pédicule. Lorsque le polype est volumineux, on est parfois obligé pour faciliter l'introduction des instruments et aussi le passage du fibrome à travers le col utérin, de procéder à son morcellement préalable ou à son évidement à l'aide de l'instrument imaginé dans cette intention par M. Segond.

Le polype par son poids peut avoir occasionné une inversion plus ou moins complète de l'utérus. Il devient dès lors très difficile de déterminer exactement la limite entre le fibrome et la portion de l'utérus qui a subi l'inversion. Aussi serait-il dangereux, dans un cas de ce genre, de tenter l'ablation de la tumeur par les méthodes applicables aux polypes intra-utérins en général. On s'exposerait à comprendre dans la section une partie du tissu utérin, et il en pourrait résulter une ouverture faisant communiquer les cavités utérine et péritonéale. C'est pourquoi nous croyons que, dans les cas de fibromes avec inversion, il est préférable de recourir au morcellement et à l'énucléation. C'est également la conclusion de M. Delteil dans sa thèse de doctorat sur le traitement des fibromes compliqués d'inversion utérine.

Citons encore la méthode de traitement proposée par M. le professeur Vulliet, de Genève, méthode dont le but est de faire évoluer, en se portant vers la cavité utérine, les petits fibromes contenus dans les parois de l'organe. Elle les transformerait en fibromes intra-utérins et même déterminerait la disparition de fibromes intra-pariétaux purs, c'est-à-dire situés à égale distance des tuniques séreuse et muqueuse de l'utérus. Pour obtenir ce résultat, M. Vulliet, après avoir dilaté suffisamment le col, pratique une incision longitudinale commençant un peu au dessus de la partie supérieure du fibrome, nettement délimité avec un doigt introduit dans l'utérus, et se terminant un peu au-dessous de sa partie inférieure. Les fibres musculaires de la couche externe, devenant par suite plus fortes que celles de la couche interne, chas-

sent le fibrome vers la cavité utérine. Dans deux cas où l'auteur appliqua ce procédé, il put observer une amélioration très rapide de l'état général; l'écoulement sanguin, qui avait beaucoup affaibli les malades, disparut après l'opération. Malheureusement, il lui fut impossible de poursuivre ses observations et de savoir si la disparition du fibrome avait eu lieu par résorption ou par élimination par le vagin à l'insu de la malade. Dans un autre cas, l'incision des tissus recouvrant le fibrome intra-pariétal fut suivie de l'élimination de la tumeur sous forme de lambeaux. Enfin chez une quatrième malade, traitée par lui à la Maternité de Genève, M. Vulliet pratiqua une incision longitudinale intéressant toute la hauteur de la paroi antérieure de l'utérus; le fibrome fut repoussé vers l'intérieur de l'utérus à travers cette longue boutonnière. Mais, par suite de la cicatrisation trop rapide des lèvres de la plaie, sa sortie ne put s'effectuer complètement. Il se transforma donc en polype à pédicule longitudinal, dont l'insertion correspondait à toute la hauteur de l'incision, et qui put être facilement enlevé dans la suite.

Nous allons maintenant nous occuper du manuel opératoire du morcellement appliqué aux fibromes accessibles par l'intérieur de l'utérus. M. Sécheyron, ancien interne de M. Péan, en donne une description très détaillée dans son *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale*.

Nous ne croyons pas comme lui qu'il soit nécessaire de commencer par libérer les insertions du vagin au pourtour du col utérin. L'abaissement de l'utérus par les trac-

tions exercées sur le col sectionné latéralement est bien suffisant. Cette libération du col nous semble compliquer l'opération sans offrir de sérieux avantages.

MORCELLEMENT.

Les soins préliminaires sont les mêmes que pour toute opération gynécologique. Il faut administrer la veille un léger purgatif ou un lavement huileux et pratiquer aussitôt avant l'opération le cathétérisme de la vessie. La vulve et le vagin auront été soigneusement aseptisés pendant les jours précédents.

La malade est anesthésiée complètement et placée en position obstétricale. Des rétracteurs coudés sont introduits dans le vagin et mettent le col utérin à découvert. A l'aide d'un bistouri à long manche on pratique alors la section bilatérale du col ; puis on place sur chacune des lèvres antérieure et postérieure une pince de Museux qui permet d'abaisser l'utérus. Grâce aux tractions exercées sur les lèvres du col par l'intermédiaire des pinces qui les ont saisies, ces lèvres s'écartent l'une de l'autre et facilitent l'accès de la tumeur.

Un doigt introduit dans la cavité utérine explore la tumeur qui se distingue facilement des parois de l'utérus par sa consistance plus ferme. Lorsque le siège du fibrome a été exactement déterminé, on fait sur toute l'épaisseur de sa coque une incision longitudinale. Des pinces écartent les lèvres de l'incision, et avec le doigt on décortique le fibrome sur une certaine étendue. On place alors une

pince à morcellement sur le point le plus accessible, et avec un bistouri, on attaque le fibrome de manière à en libérer un fragment correspondant au point d'attache de la pince. Une nouvelle pince est appliquée, le bistouri ou les ciseaux libèrent une nouvelle partie de la tumeur et l'opération progresse ainsi peu à peu consistant essentiellement en l'application de pinces sur le fibrome suivie de la section, à l'aide du bistouri ou des ciseaux, de la portion enserrée par les mors de la pince. Le morcellement du fibrome doit toujours être précédé de la décortication avec le doigt d'une nouvelle portion, de manière à respecter autant que possible l'intégrité de la paroi utérine.

Il est parfois possible, lorsqu'une partie assez considérable du fibrome a été ainsi enlevée par morcellement, de terminer l'opération par énucléation. Dans certains cas, en effet, la tumeur évidée à son centre se réduit facilement, et le doigt aidé de quelques mouvements de traction et de torsion arrive à compléter la décortication. Cette manœuvre abrège beaucoup la durée de l'opération, et l'on reste surpris du volume de la masse enlevée par ce moyen. Ce volume peut égaler et même dépasser celui des fragments retirés par le morcellement.

Si la section du fibrome donnait lieu à un écoulement de sang important, il faudrait modifier le manuel opératoire de la façon suivante. La tumeur mise à découvert serait saisie à l'aide d'une forte pince dentée. Une seconde pince dentée, à mors courbes, serait appliquée aussi haut que possible au-dessus de la première, et l'on exciserait la partie sous-jacente à cette seconde pince. Le morcel-

lement serait ainsi continué, la portion qui doit être sectionnée ayant toujours été au préalable isolée à l'aide d'une pince du reste de la tumeur. Le plus souvent c'est au plus simple de ces deux procédés que l'on a recours, car les fibromes utérins sont en général très peu vasculaires.

Les fragments de la tumeur enlevés au début de l'opération sont très petits ; mais à mesure que le morcellement progresse, les tractions opérées à chaque pincement permettent d'exciser des morceaux qui peuvent atteindre le volume d'une grosse noisette, d'une noix ou d'une petite pomme. L'opérateur se rend aisément compte de l'extraction complète du fibrome : les dernières parties enlevées présentent une surface convexe, lisse, plus rouge, et recouverte de petits débris celluloux.

Le morcellement est achevé ; il faut maintenant procéder à la toilette de l'utérus et de la cavité plus ou moins vaste créée par l'ablation du fibrome.

Une irrigation intra-utérine abondante faite avec de l'eau à la température de 48° et préalablement bouillie enlève les débris qui peuvent se trouver dans l'utérus et suffit en général à faire cesser l'écoulement sanguin lorsqu'il existe. L'hémostase est d'ailleurs favorisée par le retrait des parois utérines qui succède à l'opération. On pourrait, si c'était nécessaire, appliquer quelques pinces hémostatiques qu'on laisserait à demeure pendant 36 ou 48 heures. On complète l'asepsie de la plaie et de la cavité utérine par un lavage avec une solution de sublimé à 1/4000. Cette toilette du champ opératoire doit être exécutée avec le plus grand soin. Les plus petits caillots

seront enlevés car ils peuvent devenir l'origine d'une complication redoutable, la septicémie.

L'utérus et la loge du fibrome étant bien nettoyés, il ne reste plus qu'à procéder au pansement. Pour cela on applique dans ces cavités de la gaze iodoformée dont on remplit également le vagin.

A partir de ce moment et surtout pendant les premiers jours l'opérée doit être l'objet d'une surveillance attentive. A la moindre alarme, odeur spéciale, perte séropurulente, douleurs du côté de l'utérus, élévation de la température, il faut enlever les tampons et pratiquer dans l'utérus et le vagin des irrigations antiseptiques. Puis on remplace les tampons iodoformés et on administre du sulfate de quinine à la dose de 4 gramme ou 1. gr 50.

« Des accidents plus graves peuvent être ainsi prévenus. L'infection, d'une manière générale, procède par poussées, pas décharges. Il semble que chaque poussée soit sous l'influence d'une génération et d'une absorption nouvelle de produits septiques au niveau de la plaie utérine. Cette théorie explique les heureux effets du traitement antiseptique commencé en temps opportun et poursuivi avec soin » (Sécheyron).

Nous allons maintenant parler du morcellement appliqué aux fibromes sous-péritonéaux. Mais comme notre intention est d'étudier surtout dans ce travail ce qui concerne les fibromes accessibles par la cavité utérine, nous serons brefs dans la description de ce nouveau manuel opératoire. D'ailleurs il se rapproche beaucoup dans son ensemble de celui que nous venons de voir.

L'opérateur commence par libérer le col de ses insertions vaginales sur tout son pourtour, afin de le rendre très mobile et libre comme un battant de cloche. M. Péan conseille de pratiquer également la section bilatérale du col, ce qui permet d'avoir une prise plus solide avec les pinces de Museux destinées à abaisser l'utérus. Cela fait, on dissèque les tissus qui doublent la partie inférieure du col de l'utérus, en ouvrant au besoin la cavité péritonéale du côté où le fibrome est le plus développé et le plus rapproché du champ de l'opération. La partie inférieure de la tumeur étant mise à nu, on l'incise profondément, on en saisit les parties latérales avec de fortes pinces qui servent à les écarter l'une de l'autre et à les abaisser. On procède alors au morcellement de la tumeur ainsi que nous l'avons indiqué plus haut.

Il arrive assez souvent aussi que la dernière portion de la tumeur s'enlève par énucléation, sous l'influence de quelques tractions combinées à de légers mouvements de torsion.

Lorsque le fibrome est complètement enlevé, on assure l'hémostase; puis à l'aide de points de suture, on rétrécit la communication qui existe entre le péritoine et la cavité vaginale. Il est préférable de ne pas fermer complètement l'ouverture péritonéale, afin de mieux assurer l'écoulement des liquides qui pourraient y avoir pénétré.

Les soins consécutifs, au point de vue de l'antisepsie et de la surveillance de la malade, seront évidemment les mêmes que dans le cas précédent.

ÉNUCLÉATION.

Après avoir présenté le manuel opératoire du morcellement avec des détails assez étendus, nous serons plus brefs pour ce qui concerne l'énucléation. Il est, en effet, certaines parties de la description du morcellement qui sont communes aux deux opérations ; tels, par exemple, les soins préliminaires et consécutifs. De même, le temps d'incision du col, lorsqu'il est nécessaire, se pratique de la même façon que pour le morcellement. Nous allons d'ailleurs reproduire ici une observation de M. Duret, de Lille, dans laquelle on trouvera une description qui peut, en quelque sorte, servir de type au procédé de l'énucléation.

OBSERVATION I

Duret. *Journ. des Sc. Méd. de Lille*, août 1889.

Je présente à la société un corps fibreux, un peu plus gros que le poing d'un adulte, occupant l'interstice de la paroi postérieure de la matrice, que j'ai extrait par les voies naturelles.

La malade, âgée de 43 ans, ménagère, avait depuis longtemps des pertes hémorrhagiques dont la gravité s'était très accentuée depuis quatre ans. Elle avait eu cependant quinze grossesses, sans avoir pu conserver un seul enfant. Les trois premiers venus à terme, sont morts en bas-âge. Les douze autres sont nés avant terme, à cinq, six et sept mois. Elle a eu son premier accouchement à 19 ans, un an après l'apparition des premières règles. A son troisième accouchement, à 23 ans, elle resta deux jours en tra-

vail et on dut faire la version. C'est de cette époque que datent les métrorrhagies. Elles étaient souvent considérables et persistaient pendant trois ou quatre semaines ; elle dût se faire transporter à l'hôpital et y séjourner.

Pendant ses grossesses, il n'y avait pas de pertes de sang, les forces revenaient un peu ; mais elle n'accouchait jamais à terme. La dernière fausse couche s'est produite il y a 11 ans.

Depuis quatre ans, cette malheureuse femme n'est jamais restée huit jours consécutifs sans avoir de pertes de sang.

A son entrée dans notre service, son faciès est pâle, jaunâtre ; le visage est bouffi, les muqueuses sont décolorées ; la faiblesse est considérable et elle ne peut rester plus d'un quart d'heure debout sans être prise de vertiges et d'éblouissements : le pouls est petit, filiforme ; elle souffre d'accès de céphalalgie intense et de douleurs très vives dans le bas-ventre.

Par le toucher vaginal, nous trouvons que la lèvre postérieure a subi une hypertrophie énorme, la lèvre antérieure paraît mince. Le col laisse pénétrer l'extrémité du doigt, qui rencontre, au-dessus de la partie moyenne de la cavité cervicale, une saillie arrondie qu'il ne peut contourner. Le palper bimanuel révèle que la matrice dépasse notablement le pubis, qu'elle est volumineuse comme une tête de fœtus à terme.

L'examen au spéculum et le toucher rectal permettent de compléter le diagnostic.

On voit que la lèvre postérieure forme une énorme labelle, d'une épaisseur plus grande que trois doigts réunis : Elle descend à cinq centimètres plus bas que la lèvre antérieure réduite à un simple repli membraneux ; entre les deux, la cavité du col se présente comme un demi-canal concave en avant, creusé dans la lèvre postérieure plus haut une saillie arrondie, accessible au toucher. Il ne s'agit pas d'un véritable battant de cloche, que le doigt peut

contourner dans tous les sens, comme lorsqu'on est en présence d'un polype intra-utérin; d'autre part, l'hypertrophie de la lèvre postérieure est le résultat de l'action de voisinage; mais le fibrome est situé au-dessus d'elle.

Cette tumeur intra-utérine n'est libre que par sa face antérieure: elle est tout-à-fait sessile en arrière. On se rend aisément compte de son volume en introduisant le doigt de l'autre main dans le rectum: il y a une grosse tumeur qui comprime ce canal et dont on peut comparer le volume à celui d'un gros poing d'adulte. Notre diagnostic fut: corps fibreux interstitiel de la paroi postérieure de la matrice.

Nous l'avons extirpé par le procédé suivant:

A l'aide de forts ciseaux, nous avons sectionné le col utérin au niveau des deux commissures: puis, à l'aide de fortes pinces de Museux, nous avons fait écarter les deux lèvres et abaisser un peu l'utérus. Une troisième pince érigne, introduite à travers le col, est venu saisir fortement le pôle inférieur de la tumeur, saillant dans la cavité de la matrice. Puis à l'aide d'un bistouri à long manche, nous avons fait, selon l'axe longitudinal de la tumeur intra-utérine, une incision de 5 à 6 centimètres, comprenant toutes les couches situées en avant du fibrome: elles avaient une épaisseur d'environ 6 à 7 millimètres. L'index a été introduit dans la boutonnière ainsi produite et en a décollé successivement la lèvre droite et la lèvre gauche. De nouveau, une pince érigne est introduite à travers cette boutonnière et saisit alors à nu le pôle inférieur de la tumeur. Puis le doigt reprend son office, et, tandis qu'on attire la tumeur fortement en bas, il décortique le fibrome sur sa face antérieure et sa face postérieure, sur ses côtés; toute la moitié inférieure est ainsi dégagée. On place de nouveau les pinces un peu plus haut: on attire en bas, et, avec un peu plus d'effort, on décortique en haut toute l'extrémité supérieure du fibrome qui sort enfin complètement de la cavité utérine.

Nous lavons au sublimé, nous mettons quelques points de suture sur les commissures utérines ; puis nous bourrons de gaze iodoformée la cavité utérine et le vagin.

Le fibrome enlevé est très-résistant, dur, fibroïde et pèse environ 225 grammes. Son grand diamètre est d'environ 14 centimètres.

La guérison de la malade a été obtenue sans aucun incident.

Ainsi qu'on a pu le voir d'après la description précédente, l'énucléation se compose essentiellement de trois temps.

- 1° Section bilatérale du col et abaissement de l'utérus ;
- 2° Incision des parties qui recouvrent la tumeur ;
- 3° Décortication du fibrome et son extraction de la cavité utérine.

Ces divers temps sont parfois modifiés. Dans certains cas, le col se trouve suffisamment dilaté pour que sa section soit rendue inutile. Cette particularité s'observe lorsque le fibrome sous-muqueux, par exemple, prend un développement assez considérable. Il finit par se trouver à l'étroit dans la cavité utérine ; il appuie sur le segment inférieur de l'utérus, et détermine peu à peu l'ouverture du col à travers lequel il s'engage.

Certains chirurgiens, au lieu de sectionner le col, se contentent de le dilater par les procédés ordinaires, c'est-à-dire l'éponge préparée ou la laminaire. D'autres fois, on a eu recours à la dilatation forcée à l'aide d'instruments spéciaux. Ces moyens peuvent être suffisants quand il s'agit de tumeurs peu volumineuses. Mais lorsque le fibrome présente d'assez grandes dimensions il est préférable de recourir à la section bilatérale du col. Ce moyen

beaucoup plus rapide, facilite également l'opération en rendant la tumeur plus accessible aux instruments et aux doigts du chirurgien. En outre, elle met à l'abri de la déchirure de l'utérus, accident très sérieux qu'on a observé pendant des tentatives d'extraction de fibromes à travers un col ayant subi la dilatation forcée.

Les deux autres temps de l'énucléation n'ont pas toujours été pratiqués, ainsi qu'il est indiqué dans la description de M. Duret, que nous avons choisie pour type (Obs. I). On s'est parfois contenté d'agir simplement avec les doigts, en s'aidant de tractions et de mouvements de torsion pour obtenir l'énucléation des fibromes. C'est ce procédé qui fut employé dans le cas suivant rapporté par M. Dezanneau.

OBSERVATION II

(Dezanneau. *Bull. de la Soc. de Chir.* Séance du 11 janvier 1882).

M^{me} X..., cultivatrice, 52 ans, a eu quatre enfants dont le dernier a 20 ans. Depuis plusieurs années, pertes sanguines abondantes, presque continues. Aucun traitement.

Arrivée à un degré d'anémie tel que la vie semble compromise à très bref délai. Appétit nul, nausées et vomissements fréquents. La malade elle-même se déclare empoisonnée par l'écoulement séro-sanguin fétide qui se fait par la vulve d'une façon continue.

Par le toucher vaginal, on constate l'existence d'un fibrome volumineux dont une partie arrondie, large de cinq centimètres environ, a franchi le col qu'elle déborde en bas de deux travers de doigt ; le col très dilaté et très aminci est facilement accessible et paraît sain dans toute son étendue.

La palpation abdominale montre le fond de l'utérus à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse, du volume des deux poings environ, mobile et régulièrement développé, sans inégalités à sa surface : il semble faire corps avec la tumeur constatée par le toucher vaginal.

La gravité des accidents généraux et l'imminence d'une nouvelle hémorrhagie que redoute à juste titre la malade font que l'on décide de pratiquer une intervention immédiate.

Après avoir abaissé la tumeur et avec elle l'utérus en totalité, de telle sorte que le col arrive à la vulve, M. Dezanneau en pratiqua l'énucléation avec les doigts, et en s'aidant de mouvements de traction et de torsion alternative de gauche à droite et de droite à gauche.

La tumeur était formée de deux lobes unis par des adhérences peu solides. Son grand diamètre vertical est de 16 centimètres. Sa circonférence vers la partie moyenne est de 30 centimètres.

La tumeur était adhérente au tissu utérin dans la plus grande partie de son étendue, les connexions principales ayant lieu vers le fond de l'utérus.

La malade se lève au bout de quelques jours. Elle reprend ses occupations après deux semaines.

Dans les conclusions qui suivent cette observation et quelques autres, présentées dans la même séance à la Société de Chirurgie, M. Dezanneau dit : « Le doigt est infiniment supérieur à tous les instruments pour l'énucléation ; la curette en ongle, l'énucléateur de Sims, la curette à bords dentelés de G. Thomas doivent être réservés au seul cas où le doigt reste impuissant, malgré des tentatives répétées de décollement, aidées de tractions et même de

torsions énergiques, exercées sur la tumeur par l'autre main ou par un aide. »

« Quand le décollement touche à sa fin et que le doigt ne peut plus atteindre les adhérences supérieures, une torsion, combinée avec une traction, sera suffisante pour achever une énucléation pour laquelle l'emploi d'instruments aurait paru d'abord indispensable. »

Sans doute, la torsion indiquée par M. Dezanneau, peut être très utile dans certains cas ; mais nous pensons, avec M. le professeur Guyon, qu'il vaut mieux ne l'employer que comme moyen exceptionnel. L'hémorrhagie résultant de l'emploi des instruments tranchants est fort peu à redouter, surtout si l'on prend soin de faire porter ces instruments plutôt sur la tumeur que sur le tissu utérin. D'autre part, lorsqu'il s'agit d'un fibrome sous-muqueux ou interstitiel, on peut en général facilement, après avoir incisé la coque utérine qui le recouvre, glisser les doigts entre celle-ci et la tumeur, et rompre les adhérences faibles qui les unissent.

M. Dezanneau relate également un cas dans lequel il fut obligé de se contenter d'une ablation partielle du fibrome.

OBSERVATION III

(Dezanneau. *Bull. de la Soc. de Chirurgie*. Séance du 11 janvier 1882).

M^{me} C..., mère de deux enfants, âgée de 40 ans, est atteinte depuis plusieurs années de pertes sanguines qui l'ont réduite à une anémie extrême ; sa vie paraît menacée dans un avenir très

rapproché. Elle porte un corps fibreux intra-utérin du volume du poing, qu'on trouve facilement par l'ouverture du col assez dilaté pour permettre l'introduction de trois doigts. Depuis plus de six mois, malgré l'usage de l'ergotine, la dilatation reste la même; le corps fibreux ne s'engage pas et les hémorrhagies continuent. L'état de la malade est assez grave pour nécessiter une prompt intervention chirurgicale.

Le col est incisé de chaque côté, ainsi que la capsule d'enveloppe. Le fibrome mis à nu est décollé avec le doigt dans une petite étendue, puis attaqué à l'aide de la pince de M. le professeur Guyon et de divers énuclérateurs. Malgré de laborieuses tentatives répétées pendant plus d'une heure, on ne réussit qu'à enlever des fragments de la tumeur et l'épuisement de la malade ne permet pas de continuer l'opération. L'écoulement de sang est modéré, mais il survient le lendemain une violente inflammation qui se termine au bout de quinze jours par un grand abcès pelvien; cet abcès ouvert et drainé par le vagin finit par guérir.

Quant au corps fibreux profondément modifié par ce violent travail inflammatoire, il diminue peu à peu de volume; les hémorrhagies ne se reproduisent plus, et, au bout d'un an, la tumeur semble avoir complètement disparu.

Bien que le fait rapporté dans l'observation précédente ait été suivi de guérison complète, on devra éviter autant que possible de pratiquer une énucléation partielle. Cette opération fait courir à la malade de trop grands risques pour qu'on puisse la conseiller. Elle ne sera employée que lorsque le chirurgien se trouvera forcé d'y recourir faute de mieux, ou lorsque l'épuisement de la femme et des difficultés imprévues ne permettront pas de terminer rapidement une énucléation commencée.

ACCIDENTS OPÉRATOIRES. GRAVITÉ.

Les principaux accidents, observés pendant ou après l'ablation des corps fibreux par la voie vaginale, sont les suivants.

Hémorrhagie. — Nous avons fait remarquer plus haut que dans la grande majorité des cas les fibromes sont peu ou pas vasculaires. Leur ablation sera donc rarement compliquée d'hémorrhagie. Cependant on a quelquefois observé un écoulement sanguin assez abondant, provenant des gros sinus veineux qui sillonnent dans certains cas la surface des fibromes, ou bien encore, mais plus rarement, de sinus veineux pénétrant le fibrome auxquels ils donnent un aspect caverneux. Il est donc utile d'être prévenu de cet accident, afin de pouvoir y remédier rapidement s'il venait à se produire.

Le moyen le plus simple et en même le plus efficace est de terminer rapidement l'opération. Une fois le fibrome enlevé, le tissu utérin revient fortement sur lui-même, ainsi qu'après l'accouchement, et l'hémorrhagie est aussitôt arrêtée. Mais si l'on se trouvait dans l'impossibilité de recourir à ce moyen, ou s'il était insuffisant, il faudrait pratiquer la compression de l'aorte abdominale ou le tamponnement intra-utérin avec de la gaze iodoformée. En général, l'hémorrhagie étant légère, une simple irrigation faite avec de l'eau bouillie employée à la température de 48° suffit à l'arrêter.

Perforation des parois utérines et ouverture du péritoine. — Dans le cas de fibrome interstitiel, il peut arriver que la tumeur ne soit séparée du péritoine que par une couche très mince de tissu musculaire, et qu'il se soit établi une fusion plus ou moins intime entre le fibrome et le tissu utérin ; le feuillet péritonéal qui les recouvre peut aussi avoir contracté des adhérences à ce niveau. On comprend dès lors aisément que dans le cours de l'opération, la paroi utérine soit perforée et qu'il s'établisse une communication entre la cavité péritonéale et la cavité utérine. Il faut, lorsque cet accident s'est produit, compléter l'opération par une hystérectomie, car cette ouverture permettrait le passage dans la cavité péritonéale de liquides capables de déterminer des accidents de péritonite.

Dans l'ablation par la voie vaginale des fibromes sous-séreux, le chirurgien est forcé d'ouvrir le péritoine pour arriver sur la tumeur ; il établit donc ainsi une communication entre cette cavité et le vagin. Il ne s'agit plus ici d'un véritable accident, mais bien d'un temps de l'opération. Ainsi que nous l'avons dit précédemment, M. Péan recommande dans ce cas de ne pas fermer complètement l'orifice péritonéal, et de laisser un orifice suffisant pour assurer l'écoulement des liquides qui pourraient avoir pénétré dans l'abdomen.

L'ouverture du péritoine, dans le cours de l'ablation des fibromes, n'a pas toujours une gravité exceptionnelle, puisque des trois cas de Mikulicz, Czerny et Sutton, rapportés par Lomer, le dernier seul fut mortel par suite de la déchirure de l'intestin grêle qui s'était produite.

Inversion de l'utérus. — Cet accident peut survenir sous l'influence des tractions exercées sur le fibrome pour l'abaisser. Lorsqu'elle se produit, elle est utilisée par le chirurgien dont elle simplifie beaucoup la tâche. Il est d'ailleurs assez facile, une fois l'énucléation terminée, de réduire la partie de l'utérus qui a subi l'inversion. Cet accident donne cependant naissance à une difficulté assez grande et qui tient à ce qu'on ne peut pas fixer exactement les rapports du corps fibreux avec le tissu utérin. C'est pour éviter les méprises fâcheuses, consistant à prendre l'utérus inversé pour une partie du fibrome, que M. le professeur Tillaux a conseillé de faire l'ablation au bistouri et sans chloroformiser les malades, parce que le tissu utérin est sensible tandis que celui des fibromes ne l'est pas.

Déchirure de l'utérus. — Il peut se faire que dans le cours de l'énucléation, après avoir libéré le fibrome de ses adhérences, l'opérateur se trouve arrêté par le volume trop considérable de la tumeur qui ne peut franchir le col insuffisamment dilaté. Il est même arrivé qu'en voulant extraire le fibrome à l'aide de fortes tractions, on a déterminé une déchirure du col. Cet accident est surtout grave par suite de la propagation de la déchirure au corps de l'utérus et aux parties voisines. C'est ce qui arriva dans un cas rapporté par Lomer : il s'agissait d'un fibrome pour lequel on avait tenté l'énucléation à travers un col utérin ayant subi la dilatation forcée. Il se produisit une déchirure du col allant jusque dans le ligament large, et consécutivement une endométrite putride qui amena une péritonite généralisée et la mort de la femme. Dans un autre cas signalé par Freund, la dé-

chirure utérine intéressant également un des ligaments larges, détermina de l'emphysème du tissu cellulaire sous-cutané d'une assez grande partie du corps ; la femme guérit spontanément. Quoi qu'il en soit, la déchirure utérine doit être considérée comme un accident sérieux. Il sera facile de l'éviter, en prenant soin de ne pas faire de manœuvres d'extraction forcée, en pratiquant la section bilatérale du col et le morcellement de la tumeur quand elle présente des dimensions trop considérables.

Nous signalerons enfin, pour compléter ce qui a trait aux accidents opératoires, la blessure des organes voisins et en particulier des uretères qui, par leurs rapports avec le col de l'utérus, sont les plus exposés à être lésés pendant le temps de la libération du col. L'habileté du chirurgien et son attention le mettront à l'abri des accidents de ce genre.

Quant à la septicémie, c'est une complication qu'on observe rarement aujourd'hui, grâce à l'application rigoureuse de la méthode antiseptique.

Si nous cherchons maintenant à apprécier la gravité de l'ablation des corps fibreux de l'utérus par la voie vaginale, nous relèverons les chiffres suivants :

En 1875, M. Pozzi réunissait 64 cas dont 16 avaient été suivis de mort ; donc mortalité de 25 %.

Gusserow, réunit 154 opérations faites depuis Amussat jusqu'en 1877, avec 51 décès. D'après lui, la mortalité moyenne s'élèverait donc à près de 32 %.

Lomér, sur 130 opérations pratiquées de 1873 à 1883, période correspondant aux premières années de l'applica-

tion de l'antisepsie, trouve 18 cas suivis de mort ; par conséquent une mortalité moyenne de près de 14 %.

Gusserow, ajoutant quelques faits plus récents encore à la statistique de Lomer, et portant le total à 153 opérations, obtient à peu près la même proportion.

Enfin, dans une statistique personnelle, A. Martin réunit 27 cas avec 5 morts dont 2 furent causées par la septicémie, avant l'introduction de la méthode antiseptique en chirurgie.

Il faut remarquer que la mortalité élevée pendant les premières années, s'est beaucoup abaissée depuis l'apparition de l'antisepsie. Les perfectionnements apportés chaque jour à cette méthode contribueront certainement à l'amélioration des statistiques relatives à l'opération dont nous nous occupons.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Avant d'aborder ce qui concerne plus spécialement les interventions par la voie vaginale, nous allons rappeler brièvement les indications et contre-indications générales des opérations sur les fibromes utérins.

Indications et contre-indications générales. — Les principales circonstances dans lesquelles il est indiqué de ne pas opérer sont les suivantes : l'absence de tout symptôme se rattachant au fibrome, le volume trop considérable du fibrome, l'affaiblissement général de la malade, la cachexie, surtout lorsqu'elle s'accompagne d'ascite annonçant la nature sarcomateuse de la tumeur ; certaines affections générales, tuberculose avancée, diabète, albuminurie très accusés, et certains états particuliers, grossesse, etc., doivent engager le chirurgien à s'abstenir. On connaît les suites fâcheuses que peuvent avoir les opérations pratiquées dans ces conditions, et l'on ne doit se décider à intervenir que dans les cas d'absolue nécessité. Cette remarque s'applique également aux cas où l'évolution de la tumeur s'est accompagnée de péritonite grave laissant à sa suite des adhérences étendues.

L'âge de la malade peut devenir aussi parfois une contre-indication à l'intervention chirurgicale. En présence d'une femme presque parvenue à l'âge de la ménopause et atteinte d'un fibrome qui ne détermine que des

troubles peu graves, on devra s'abstenir d'opérer et recourir simplement aux traitements palliatifs. Ne voit-on pas souvent en effet de volumineux fibromes devenir en quelque sorte latents et même disparaître après la cessation des règles.

Les indications générales des interventions sur les fibromes utérins sont tirées des divers troubles qu'occasionnent ces tumeurs : métrorrhagies répétées ; évolution rapide de la tumeur ; compression vésicale, urétrale ou rectale ; troubles d'origine réflexe, douleurs abdominales, rénales, troubles digestifs ou apparition de crises hystériques ; métrite, inflammation, suppuration, sphacèle du fibrome ; stérilité. Si cette dernière particularité est le seul argument en faveur de l'opération, le chirurgien ne doit céder qu'aux sollicitations pressantes de la malade.

Indications et contre-indications spéciales. — Nous n'insisterons pas longuement sur les indications relatives aux fibromes pédiculés situés dans la cavité utérine. Ces tumeurs seront enlevées par l'un des procédés que nous avons signalés plus haut : ligature, section du pédicule avec l'écraseur de Chassaignac, l'anse galvanique, les instruments tranchants, etc. Cependant il est des fibromes pédiculés auxquels l'énucléation sera avantageusement appliquée. Ce sont ceux qui présentent une large base d'implantation. Dans ces cas, la section du pédicule peut très bien être insuffisante ; on est exposé à voir après l'opération une petite portion du fibrome se prolongeant dans le pédicule rester adhérente à la paroi utérine, et par son développement ultérieur, former une

nouvelle tumeur aussi volumineuse que la première et déterminant les mêmes accidents. Il faut donc pratiquer l'énucléation de ces fibromes. Pour cela, après avoir incisé la coque qui les enveloppe, on les isole avec le doigt du tissu utérin ainsi qu'on fait pour les fibromes interstitiels. On aurait recours au morcellement si la tumeur était trop volumineuse pour être enlevée en une seule masse. On termine par la résection de la coque du fibrome au niveau du pédicule.

L'énucléation simple n'est guère applicable qu'aux fibromes de petit et de moyen volume. Il faut de plus que la tumeur soit facilement accessible pour que le doigt puisse en la contournant libérer les adhérences qui la rattachent au tissu propre de l'utérus. Lorsqu'elle est possible, cette opération présente sur le morcellement l'avantage de s'exécuter avec plus de rapidité et d'être moins compliquée (Obs. I).

Mais lorsque le fibrome est de volume trop considérable, ou bien quand sa situation dans les parois de l'utérus le rend trop difficile à décortiquer en entier, il faut recourir au morcellement tel que l'a pratiqué M. Walther dans les trois cas dont nous allons rapporter les observations.

On remarquera que dans ces trois observations, la tumeur était enclavée dans le petit bassin et que l'utérus était ainsi complètement immobilisé. Cette particularité constitue une importante indication pour le choix de la voie vaginale. Lorsque le fibrome, au lieu d'être ainsi enclavé, est situé au-dessus du détroit supérieur et flotte en quelque sorte avec l'utérus dans la cavité abdominale,

il devient parfois impossible d'abaisser et de fixer la tumeur; le chirurgien doit alors recourir à la laparatomie.

OBSERVATION IV (inédite).

Due à l'obligeance de M. Walther.

Bat. J..., concierge, âgée de 36 ans, entre le 25 août 1891 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 6, service de M. le professeur Tillaux, suppléé par M. Walther.

La malade commença à être réglée à l'âge de 16 ans, elle n'a pas eu d'enfant et n'a pas fait de fausse couche.

Au mois d'avril 1890, apparaissent pour la première fois de violentes douleurs dans l'abdomen, et des pertes de sang abondantes. Ces phénomènes s'accompagnent d'une rétention d'urine, à laquelle on remédie par le cathétérisme qui se pratique d'ailleurs facilement.

La malade va trouver M. Dumontpallier qui reconnaît la présence d'un gros fibrome et la garde pendant trois mois dans son service. Elle en sort n'ayant plus de pertes; mais les douleurs persistent, douleurs de compression siégeant dans la cuisse droite et la région lombaire.

Au mois de novembre 1890, au moment des règles, les accidents de rétention d'urine se reproduisent.

Elle fait appeler un médecin qui lui apprend à se sonder elle-même, et depuis lors, chaque fois que reviennent ses règles, elle a recours à ce moyen.

En même temps que la rétention d'urine existent des phénomènes de compression du côté du rectum, constipation, émission de matières rubanées.

Pendant le mois de juillet 1891, les phénomènes de compres-

sion du côté de l'urèthre s'accroissent : la malade ne parvient plus à se sonder elle-même; elle fait appeler un médecin.

Le 25 août 1891. — Rétention complète d'urine ; la malade est transportée à l'Hôtel-Dieu. On la sonde pendant la nuit, et, dit-elle, on aurait retiré environ une cuvette d'urine.

Le 26 août. — La sonde est enfoncée assez profondément, sans aucune force; il ne s'écoule que quelques gouttes de sang, ce qui fait croire à la production d'une fausse route. On pratique une ponction capillaire sus-pubienne, il sort peu d'urine. Les accidents douloureux paraissent dus surtout à de la cystite.

Par le toucher vaginal, on trouve le col abaissé, aplati et regardant en avant. Les culs-de-sac sont envahis par une tumeur dure, faisant corps avec l'utérus. Cette tumeur est surtout appréciable dans le cul-de-sac postérieur, où on la suit sur une hauteur de 10 centimètres sans en pouvoir atteindre la limite supérieure. Elle déprime moins les culs-de-sac latéraux et pas du tout l'antérieur qui est complètement effacé par l'accolement de l'utérus contre la face postérieure du pubis.

Dans l'abdomen la tumeur remonte jusqu'à l'ombilic. Elle est absolument immobile, enclavée par sa base dans la cavité pelvienne qu'elle emplit complètement.

Diagnostic. — Fibrome interstitiel développé dans la paroi postérieure de l'utérus.

En présence des accidents graves de compression pelvienne. M. Walther propose immédiatement l'opération. La seule intervention qui semble indiquée est le morcellement du fibrome par la voie vaginale, avec ou sans hystérectomie. Le plan opératoire arrêté est le suivant : faire la décortication et le morcellement du fibrome, et ne pratiquer l'hystérectomie que dans le cas de perforation de la paroi utérine.

Opération : Le 5 septembre 1891.

Désinfection préalable du vagin.

La malade étant complètement anesthésiée, les deux commissures du col sont sectionnées au bistouri dans presque toute leur épaisseur, sans dépasser pourtant la paroi du col. Chacune des lèvres étant écartée par une pince à traction, le doigt introduit dans la cavité utérine reconnaît que la tumeur siège bien dans la paroi postérieure, qu'elle ne fait aucune saillie dans la cavité qui est aplatie et refoulée en avant, et qu'il existe une assez épaisse couche de tissu utérin entre la cavité et le fibrome.

Un long bistouri, introduit dans la cavité utérine, sectionne longitudinalement la paroi postérieure de cette cavité jusque sur la tumeur, sur une hauteur de 4 à 5 centimètres.

Le doigt alors introduit par cette boutonnière longitudinale jusqu'au fibrome, le contourne dans une certaine étendue en décollant le tissu utérin de sa face antérieure. La tumeur est alors attaquée directement avec le bistouri, puis avec les ciseaux et évacuée à son centre. Le morcellement progressif de la masse est toujours précédé de la décortication avec le doigt d'une nouvelle portion, de façon à respecter l'intégrité de la coque utérine.

A un moment donné, au centre de la tumeur, les ciseaux ouvrent une cavité kystique; l'évacuation de cette poche, remplie de 200 à 300 grammes d'un liquide couleur chocolat, aide à la réduction de la tumeur qui est alors facilement décollée du fond de la paroi utérine.

La poche est largement lavée avec de l'eau à 48° préalablement bouillie, puis avec une solution de sublimé à 1/4000. Hémostase complète.

La cavité est drainée par deux grosses mèches de gaze iodoformée, le vagin tamponné à la gaze iodoformée.

La perte de sang pendant toute l'opération avait été insignifiante.

Le fibrome enlevé pèse 500 grammes, auxquels il faut ajouter les 200 ou 300 grammes du liquide contenu dans le kyste central.

L'opération a duré en tout une heure.

Les jours suivants, la température reste absolument normale.

Le second jour, le pansement étant un peu taché de sang, les tampons iodoformés du vagin sont changés.

Le 10 septembre (cinquième jour). — Ablation des mèches de gaze de la cavité du fibrome.

Puis tous les trois jours on refait le tamponnement du vagin.

Le 15 septembre. — La lèvre antérieure du col qui a subi un mouvement de torsion sur son axe est ramenée dans sa position et maintenue en place sur la lèvre postérieure par deux points de suture.

Cicatrisation rapide des incisions latérales du corps.

La malade sort complètement guérie le 29 septembre. A ce moment, l'utérus est revenu presque à son volume normal ; il est très mobile ; il n'y a plus aucune douleur, aucune gêne des fonctions de la vessie ou du rectum.

Cette femme a été revue à plusieurs reprises, la dernière fois le 5 juillet 1892. Sa santé est toujours excellente ; elle a repris ses occupations à sa sortie de l'hôpital et travaille sans la moindre fatigue.

La menstruation est depuis l'opération absolument régulière, l'utérus a un volume normal ; le col est un peu gros, légèrement entrouvert, l'orifice prolongé de chaque côté jusqu'au bord du col. L'utérus tout entier est mobile.

OBSERVATION V (inédite).

Due à l'obligeance de M. Walther.

Moub... Marie, 45 ans, dévideuse, entrée le 25 septembre 1890, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 14, service de M. le professeur Tillaux.

Menstruation régulière depuis l'âge de 15 ans.

Au mois de juillet 1889, apparaissent brusquement les premiers accidents, métrorrhagies abondantes, puis violentes douleurs dans le ventre qui commença à grossir ; les pertes et les douleurs continuèrent, la miction devint difficile et on dut à plusieurs reprises faire le cathétérisme.

Après un séjour dans un service de médecine, la malade entra au mois de mai 1890, dans le service de M. Tillaux, alors suppléé par M. Prengrueber.

M. Prengrueber a rapporté à la Société de Chirurgie, le 12 novembre 1890 (*Bulletin de la société de chirurgie*, t. XVI, p. 687), cette observation à laquelle nous empruntons les passages relatifs à l'état de la malade et à l'intervention opératoire :

« Son état à ce moment était lamentable. Des hémorrhagies
« abondantes l'affaiblissaient considérablement ; elle éprouvait
« de violentes douleurs du bassin se propageant du côté de la
« cuisse, de l'œdème considérable des membres inférieurs, sur-
« tout à gauche. La malade urinant par regorgement, baignait
« dans son urine, et celle-ci avait déterminé une rougeur érysi-
« pélateuse de la peau fort douloureuse. L'examen du ventre
« nous montra d'abord que la vessie remontait jusqu'au voisi-
« nage de l'ombilic et le cathétérisme me permit d'en retirer
« trois litres et demi d'urine. Je pus alors constater dans le bas-
« ventre une tumeur dure remplissant le bassin ; par le toucher
« je retrouvai cette même masse remplissant le vagin, immo-
« bile, soudée en quelque sorte au squelette. »

« Dans ces conditions, une intervention s'imposait d'urgence
« et je la pratiquai de la manière suivante, la malade étant en
« pleine période de pertes : Après avoir pris toutes les précau-
« tions usitées en pareille circonstance, j'ouvris le ventre en ayant
« soin de ménager la vessie que je savais fortement remontée.
« Le ventre ouvert, je constatai que la partie supérieure du

« corps de l'utérus avait sensiblement son aspect normal, mais
« que celui-ci se continuait par en bas avec une volumineuse
« tumeur développée dans la partie supra-vaginale du col. En
« saisissant le corps utérin, je pus m'assurer à nouveau de
« l'enclavement prononcé de la tumeur que l'on ne pouvait mou-
« voir qu'avec peine. Dans ces conditions mon plan opératoire
« fut le suivant : dégager le néoplasme de façon à ce que sa
« plus grande circonférence, son équateur actuellement intra-
« pelvien fût reporté au-dessus du détroit supérieur ; enfin faire
« la castration. »

« La première partie de ce plan fut assez difficile à exécuter.
« Je dus avoir recours non seulement à des tractions de bas en
« haut, mais encore à des mouvements de latéralité, de bascule,
« qui firent apparaître peu à peu sous mes yeux la partie la
« plus large de la tumeur. Ces manœuvres achevées, je pus
« m'assurer que la mobilité de la masse avait sensiblement
« augmenté et que ma main pouvait glisser entre elle et la
« paroi pelvienne. Dès lors, j'étais sûr qu'il n'y avait plus d'en-
« clavement, plus de compression des organes pelviens, et la
« tumeur, en admettant qu'elle dût augmenter de volume par la
« suite, avait le champ libre dans la cavité abdominale. Cela
« fait je pratiquai la castration double, suivant la méthode ordi-
« naire, et je refermai le ventre.

« Les suites opératoires furent des plus simples, et je n'y insis-
« terai pas ; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que les
« accidents si graves pour lesquels j'avais fait l'opération dispa-
« rurent comme par enchantement. Dès le lendemain, quand je
« revis la malade, elle ne perdait plus de sang, n'éprouvait
« aucune douleur ; son œdème avait déjà sensiblement diminué.
« Quant à l'état de sa vessie, comme j'avais prescrit de la sonder
« pendant les premiers jours après l'opération, je ne pus véri-
« fier pour elle les résultats de l'opération qu'au bout de huit

« jours. A ce moment, la malade pouvait uriner toute seule, et,
« si on la sondait après une miction, on ne retirait plus qu'une
« centaine de grammes de liquide. Par la suite je pus constater
« que la malade vidait complètement sa vessie. A ce moment,
« elle quitta l'hôpital guérie. »

Malheureusement l'amélioration ne se maintint pas longtemps ; les douleurs, la difficulté de la miction reparurent, et la malade rentra le 25 septembre 1890 (un peu plus de quatre mois après l'opération) dans le service de M. Tillaux.

La miction était devenue absolument impossible et à partir de ce moment on dut chaque jour sonder la malade matin et soir. Les douleurs très violentes, l'œdème des jambes condamnaient la malade au repos absolu.

Sous l'influence du repos et des injections chaudes, les douleurs diminuèrent un peu, mais l'urèthre était toujours comprimé par le fibrome de nouveau enclavé.

Au mois de mars 1891, on commença des séances d'électrisation pour combattre les douleurs et les hémorrhagies qui avaient reparu. Après deux mois de ce traitement, les hémorrhagies diminuèrent puis disparurent, mais les douleurs et les accidents de compression persistaient avec la même intensité.

Etat local au mois de septembre 1891.

Par la palpation abdominale combinée avec le toucher, on sent une tumeur du volume d'une tête de fœtus, occupant l'utérus et absolument enclavée dans la cavité pelvienne. Elle fait surtout saillie dans le cul-de-sac postérieur, efface le cul-de-sac antérieur contre le pubis.

La partie inférieure du col est libre, l'orifice utérin très petit ; le fibrome est développé évidemment dans la paroi postérieure de l'utérus.

Compression de l'urèthre et du rectum ; œdème considérable des deux jambes.

M. Walther propose à la malade une opération qui est immédiatement acceptée.

Opération, le 12 septembre 1891.

Anesthésie complète et désinfection du vagin.

Débridement des deux commissures du col. Ecartement de la lèvre antérieure et de la lèvre postérieure avec les pinces à traction.

Incision longitudinale sur la paroi postérieure de la cavité utérine jusque sur le fibrome.

Evidement, puis décortication et morcellement de la tumeur. Après une demi-heure de morcellement, le dernier fragment de la tumeur est enlevé sans qu'il y ait eu de perforation de la coque utérine.

Lavage de la cavité à l'eau bouillie, puis avec une solution de sublimé à 1/4000,

Tamponnement de la cavité puis tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Poids de la tumeur 700 grammes.

14 septembre. — Premier pansement. Ablation des tampons imbibés de sang. Nouveau tamponnement du vagin seulement.

Les tampons sont changés tous les deux jours.

La guérison est rapide, sans incident. Aucune élévation de température.

Dès le lendemain de l'opération la malade urine seule et les garde-robes sont faciles.

La malade quitte l'hôpital complètement guérie le 6 octobre. L'utérus est très petit, très mobile, les culs-de-sac absolument libres; le col est petit et bien reformé.

La malade a été revue à plusieurs reprises, pour la dernière fois au mois d'août 1892. Elle a repris son travail et ne souffre jamais. L'utérus est toujours de volume normal et mobile.

OBSERVATION VI (inédite).

Due à l'obligeance de M. Walther.

Gr. A..., blanchisseuse, âgée de 51 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, le 3 octobre 1891, dans le service de M. le professeur Tillaux, suppléé par M. Walther.

Cette femme s'est toujours bien portée jusqu'à ces derniers temps. Régulée à l'âge de 14 ans, elle a toujours perdu beaucoup de sang au moment de ses règles. Elle est mariée depuis 23 ans, mais n'a jamais eu d'enfants ni fait de fausse couche. Il y a environ dix ans, elle a commencé à sentir une grosseur dans le ventre, du côté droit, mais n'y a jamais attaché la moindre importance. Elle se portait très bien et n'avait pas de pertes de sang ni de leucorrhée dans l'intervalle de ses règles ; pas de constipation.

Il y a deux mois seulement, après une suspension de la menstruation d'environ trois mois, elle fut prise de pertes de sang abondantes qui durèrent quinze jours. Le sang était rendu pur et se présentait parfois sous la forme de gros caillots. A la suite de cette hémorrhagie, la malade resta profondément anémiée. Il ne s'est pas produit de pertes leucorrhéiques.

Nouvelles pertes de sang il y a trois semaines, mais peu abondantes et seulement pendant quelques jours.

État actuel. — La femme est pâle, anémiée, et d'une faiblesse extrême. Elle se plaint très peu ; elle n'éprouve pas de vraies douleurs abdominales, mais plutôt une sensation pénible de pesant. Pas de pertes de sang ni de leucorrhée en ce moment.

La malade n'a pas de fièvre ; elle a bon appétit et n'est pas constipée. Elle urine sans difficulté ; ses urines sont claires et normales.

Par le toucher vaginal, on constate que l'utérus est très gros.

L'orifice du col est difficile à atteindre ; il est reporté en haut et en avant, et caché derrière la symphyse pubienne.

Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse volumineuse, dure et arrondie, qui comprime le rectum. Cette masse est très peu mobile et pour ainsi dire enclavée dans le petit bassin.

La palpation abdominale permet de constater l'existence d'une tumeur considérable, formée évidemment par l'utérus, placée sur la ligne médiane, remplissant toute la moitié inférieure de l'abdomen, et dont la partie supérieure est située à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur est lisse, dure, uniforme, sauf au niveau de la partie supérieure droite où l'on trouve un fibrome distinct, de forme oblongue, gros comme une petite mandarine et nettement sous-péritonéal.

Opération. — La malade est opérée par M. Walther, le 10 octobre 1891.

Anesthésie complète. Désinfection du vagin.

Section bilatérale du col et incision longitudinale de la paroi postérieure de la cavité utérine jusqu'au fibrome.

Les premières tentatives de morcellement toujours précédées du décollement avec le doigt s'exécutent difficilement : on n'enlève tout d'abord que de petits fragments du fibrome. Mais à mesure que l'opération avance, on parvient à retirer des morceaux de plus en plus gros, atteignant et dépassant le volume d'une noix. Puis, les débris enlevés présentent une surface lisse, arrondie et légèrement bosselée, ce qui indique qu'on se trouve à la périphérie de la tumeur. La dernière partie enlevée est un long fibrome moniliforme qui formait une sorte de masse secondaire. Sa longueur est de 10 centimètres environ.

L'opération a duré 1 heure 20 minutes. Dès qu'elle est achevée, on constate la diminution de volume de l'utérus qui ne dépasse plus que de trois travers de doigt la symphyse pubienne. On sent très nettement à droite le petit fibrome sous-péritonéal.

La masse totale des fragments enlevés pèse 600 grammes.

Lavage de la cavité à l'eau bouillie et au sublimé à 1/4000.

Tamponnement de la cavité et du vagin à la gaze iodoformée.

Le troisième jour, ablation des tampons ; tamponnement du vagin.

Guérison rapide sans aucun incident.

La malade quitte l'hôpital complètement guérie le 4 novembre 1891.

Les principales indications d'une intervention rapide dépendent donc des accidents que détermine la présence du fibrome : phénomènes de compression du côté du rectum et surtout du côté de l'urèthre, douleurs irradiées dans l'abdomen et les membres inférieurs, hémorrhagies qui par leur répétition amènent la cachexie et finissent par mettre la vie de la malade en péril.

La nature de l'opération sera indiquée par la situation et le volume de la tumeur. Il n'est pas possible d'établir de règles précises sur ce point. Cependant on admet en général qu'un fibrome développé aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus et dépassant nettement par son extrémité supérieure le niveau de l'ombilic, n'est plus accessible par la voie vaginale. En présence de tumeurs semblables, et lorsque l'opération s'impose, il faut recourir à la castration ovarienne double ou à l'hystérectomie abdominale.

La multiplicité des fibromes ne permet pas dans certains cas d'en pratiquer l'énucléation. Cette opération occasionnerait un tel délabrement de l'utérus qu'il vaut mieux ne pas la tenter et donner la préférence à l'hystérectomie.

CONCLUSIONS

1° Le morcellement et l'énucléation des fibromes utérins par la voie vaginale peuvent être rangés parmi les opérations de choix. Ces procédés guérissent sans faire courir trop de risques aux malades ; ils conservent à la femme son intégrité organique et fonctionnelle.

2° Lorsque les polypes utérins n'ont pas un pédicule très étroit, ou bien quand ils se compliquent d'inversion de l'utérus, l'énucléation peut leur être appliquée avantageusement : elle permet d'enlever sûrement toute la tumeur et par suite n'expose pas aux récidives ; de plus elle respecte mieux que les autres méthodes le tissu utérin qui est en connexion avec le fibrome.

3° Le morcellement et l'énucléation seront utilisés dans les cas de fibromes sous-muqueux ou interstitiels, l'énucléation convenant surtout aux fibromes de petit et de moyen volume. Le chirurgien aura souvent intérêt à combiner ces deux procédés : l'ablation d'un fibrome, commencée par morcellement, pourra dans certain cas s'achever plus facilement et plus rapidement par énucléation.

4° Il n'est pas possible d'établir une règle fixe en ce

qui concerne le volume des fibromes susceptibles d'être enlevés par la voie vaginale. Cependant, lorsque la tumeur utérine dépassera nettement la hauteur de l'ombilic, il sera préférable de ne pas en tenter l'ablation par le morcellement ou l'énucléation par la voie vaginale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AMUSSAT. — Revue médicale. Août 1840.
— Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses interstitielles de la matrice et sur la possibilité de les extirper lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe. Paris, 1842.
- ANSALONI. — Thèses de Paris, 1886, 1887, tome I.
- ATLEE. — The surgical treatment of certain fibroid tumours of the uterus heretofore considered beyond the resources of art. Philadelphia, 1853.
- AUDRY (Ch.). — Sur un procédé d'amputation des corps fibreux de l'utérus. Arch. de Tocol. Oct. 1891.
- BAKER BROWN. — Obstetrical transactions. London, HI, 1862.
- BÉRARD (Aug.). — Gaz. des hôpitaux, 1842, p. 18.
- BRANCADERO GIUSEPPE. — Obst. in Italia, 1882.
- BRAUN (C.). — Wiener med. Wochenschrift, 1874, n^{os} 39, 41.
- CHAMBERS. — Soc. obst. New-York. An. gyn. Mai 1887.
- CHROBAK. — Ueber die vaginale enucleation der Uterinfibr. Mediz. Jahrb. der K. K. Gesellschaft. Wien. 1888, t. III, p. 531.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 3^e édition. Paris. 1881.
- CUTLER. — Am. Journ. med. sc. Juillet 1878.
- DELTEIL. — Thèse de Paris, 1890.
- DEZANNEAU. — Bull. de la Soc. de chir., 11 janvier 1882.
- DUNCAN. — Edinburgh med. Journal. Février 1857.
- DURET. — Journ. des Sc. méd. de Lille. Août 1889.
- FRITSCH. — Sammlung Klinischen Vorträge, n. 238.
— Die Krankheiten der Frauen, 3^e édit., 1886, p. 77.

- GAILLARD-THOMAS. — Traité des maladies des femmes. Trad. Lutaud, 1879.
- GUSSEROW. — Die Neubildungen der Uterus, 1885, p. 90.
- GUYON. — Thèse d'Agrégation, 1860.
- HEGAR ET KALTENBACK. — Gynécologie opératoire. Trad. française par M. Bar, accoucheur des hôpitaux, 1886.
- HUTCHINSON. — Enucléation of fibroïde tumors, Med. Times, 1857.
- JARJAVAY. — Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus. Thèse de concours. Paris, 1850.
- JULLIARD. — De l'extraction par les voies naturelles des fibromyomes intra-pariétaux par la méthode de Vulliet. Thèse de Genève, 1889.
- LOMER. — Zeitschrift. f. Geburtshülf. Bd. IX, p. 277. Analyse in Union médicale, 9 oct. 1883.
- MAENNEL. — Prager Vierteljahrschrift, 1874. Bd. II, p. 29.
- MARION SIMS. — New-York med. Journal. Avril 1874.
- MARTIN. — Zeitschrift. f. Geburtshülf. 1876, p. 143.
- Path. und Therap. der Frauenk. 1887, p. 270.
- MERNER (L.). — De la terminaison par gangrène des corps fibreux intra-utérins ; des dangers de leur extirpation partielle. Thèse de Paris.
- MIKULICZ. — Wien. méd. Woch. — 1883, n. 16.
- PÉAN. — Gaz. des hôpitaux, 1873, p. 787, 802, 811 et 1886, p. 445.
- Ablation des petites tumeurs fibreuses par le vagin. Paris 1883.
- Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale. Arch. de tocol. et de gynécol. Novembre 1891.
- PIASESKI. — Contribution au traitement des fibromes utérins par la voie vaginale. Nouv. arch. d'obst. et de gynécol. Février 1892.
- POZZI (S.). — De la valeur de l'hystérotomie. Thèse d'agrégation. Paris 1875.

- Revue de chirurgie. Février 1885.
- PRENGRUEBER. — Bull. de la soc. de chir., t. XVI, p. 687.
- RECLUS (P). — Hystérectomie vaginale et laparotomie. Gaz., hebdomadaire de méd. et de chir. Décembre 1891.
- RICHELOT. — Enucléation des myomes utérins. Union médicale, 1884, p. 997.
- RIEDINGER. — Enucléation d'un myome par le vagin. Wien. med. Woch., 1883.
- SÉCHEYRON. — Etude sur le traitement chirurgical des fibromes et des kystes de l'utérus par la voie vaginale. Thèse de Paris, 1887-1888. Tome XVII.
- Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale. Paris, 1889, p. 157 et suiv.
- TERRILLON. — Ablation par la voie vaginale et le morcellement des corps fibreux de l'utérus à large base d'implantation. Progrès médical, 12 avril 1890.
- TILLAX. — Annales de gynécologie, t. II.
- VULLIET. — Contribution à l'étude du traitement des fibromyomes intra-pariétaux. Arch. de Tocol., 1885, p. 336.
- WALTER. — Dorpater medecin Zeitschr. T. IV, 1873.
- WEISS. — Rev. méd. de l'Est, 1886.
- WEST. — Maladies des femmes.
- WILLIS. — Soc. obst. New-York, ann. gynéc. Mai 1887.

Vu : Le Président de la soutenance,

TILLAX

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

